乳児健康診査受診票申請書
および母子健康手帳（無番）申請書

届出場所：	本庁	市川	南セ	支所	保セ	行サ	大柏
種類：	受診票	無番					

※ご記入前に、下記の注意事項をお読みください。

市川市では乳児健診（公費負担）は2回分となります。
転入前に公費負担（集団での実施を含む）で受けた回数と転入時の月齢に応じ受診票を交付いたします。

申請日		2 0　年　月　日	異動日	2 0　年　月　日	
対象児①	フリガナ			国籍	
	氏名				
	生年月日	2 0　年　月　日	男 ・ 女	歳　か月	第　子
対象児②	フリガナ			国籍	
	氏名				
	生年月日	2 0　年　月　日	男 ・ 女	歳　か月	第　子
子の母	フリガナ			国籍	
	氏名				
	生年月日	年　月　日	歳	職業	□常勤　□パート
	住所	市川市		電話番号	自宅　０４７－　－ 携帯　－　－
子の父・パートナー	フリガナ			国籍	
	氏名				
	生年月日	年　月　日	歳	職業	□常勤　□パート
	住所	※上記と異なる場合にご記入ください		電話番号	自宅　０４７－　－ 携帯　－　－
申請理由	※該当する番号にチェックをしてください。 1 □転入　（　　）都道府県（　　）市区町村　・　海外（　　）より転入 2 □再発行　□汚染　□破損　□紛失　□盗難　□海外（　　）より転入				

上記のとおり、申請します。
乳児健康診査受診票の交付を受けるにあたり、市川市が住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。
また、市川市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種の事業に関し、本申請書及び申請時のアンケートの情報を利用することに同意します。

市　川　市　長　あて

申請者および受領者氏名　　**対象児との続柄（　　）**

※記載の内容によっては、保健センター保健師より連絡を差し上げることがありますので、予めご了承ください。
※ご記入していただいた内容は、市川市で管理し、妊娠・出産・子育て支援以外の目的では使用しません。

子育て応援給付金申請案内を受領しました
受領者氏名（　　）

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　担当者記入欄　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

転入届出日　□住民票写し　□システム　□その他

受付担当者

□児①　**乳児健診コード（必須）**　　**別冊番号**

①受診票発行：□3～6か月　□9～11か月
別冊回収：□あり　□なし

□児②　**乳児健診コード（必須）**　　**別冊番号**

②受診票発行：□3～6か月　□9～11か月
別冊回収：□あり　□なし

□**無番**　**母子健康手帳（　　）冊**

申請書記入欄
母　・　父　・その他（　　）

～お子さんとご家族の健康と生活に関する質問票～

市川市では、お子さんとご家族の健康を守るために健診や生活の状況などをお伺いします。

＊お子さんのことについてご記入ください。

1	出生時の状況について	体重：　g　身長：　cm 胸囲：　cm　頭囲：　cm 妊娠期間：　週 出産場所：　都道府県／施設名 退院日：　月　日（生後　日）・入院中
2	新生児聴覚検査や先天性代謝異常検査について	新生児聴覚検査　：　異常なし・あり・未実施 先天性代謝異常検査　：　異常なし　・　あり　・　結果まち
3	乳児健康診査について	日付／体重／身長 1か月　/　g　cm 3～4か月　/　g　cm 6～7か月　/　g　cm
4	転入前の市区町村であかちゃんの家庭訪問を受けましたか。	①□受けた　②□受けていない ↳（訪問日：　）
5	お子さんは今までに大きな病気をしたことがありますか。	①□はい　②□いいえ ↳（病名：　）
6	現在治療中または、経過観察中の病気はありますか	①□はい　②□いいえ ↳（病名：　） （病院名：　）

＊ご家族の健康や生活についてご記入ください

1	主な日中の保育者について	□母　□父　□祖母　□祖父　□保育園（　） □その他（　）
2	保育者、保護者の体調はいかがですか。 「すぐれない」の方はあてはまる症状に☑をつけてください （複数回答可）	□すぐれない　□ふつう　□よい　／　□母　□父 ↳ □疲れやすい　□食欲がない　□不安がある □眠れない　□気分の落ち込み □妊娠中　□受診中（病名　）
3	今までに心理的な、あるいは精神的な問題で カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師に相談したことがありますか。 例）28歳　自律神経失調症	□はい　□いいえ ↳ □精神科　□心療内科　□カウンセリング　□その他（　） （　歳頃）・（病名　）
4	育児をしていてイライラすることは多いですか。	□はい　□いいえ　□何ともいえない
5	ゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間はありますか。	□いいえ　□はい　□何ともいえない
6	配偶者やパートナーに何でも打ち明けることができますか。	□いいえ　□はい　□配偶者・パートナーはいない
7	困った際に相談したり、サポートしてくれる方はいますか。	□いいえ　□はい ↳ □配偶者・パートナー　□実母　□実父　□義母　□義父　□その他
8	たばこは吸いますか。 （電子タバコを含む）	子のお母さん：□はい【1日　本】　□いいえ　□（子のお母さんは）いない 子のお父さん：□はい【1日　本】　□いいえ　□（子のお父さんは）いない
9	生活するうえで経済的な心配はありますか。	□はい　□いいえ
10	「困っていること」「心配なこと」「悩んでいること」等はありますか。 （複数回答可）	□はい　□いいえ ↳ □こどものこと　□自分の体のこと □夫婦（パートナー）のこと　□家族のこと □社会資源のこと　□その他（　）

記載内容によっては、保健センター保健師等より連絡をさせていただくことがありますので、予めご了承ください。